

Notifica di entrata del datore di lavoro

(Dati del/la dipendente da assicurare)

Azienda

Signor Signora

Cognome Nome

Via/N.

NPA/Luogo/Paese

Data di nascita Numero AVS

Stato civile celibe/nubile coniugato/a divorziato/a
 unione domestica registrata unione domestica sciolta vedovo/a

Obbligo di mantenimento sì no

Gruppo di persone/piano Ingresso in azienda

Grado di occupazione (%) Inizio dell'assicurazione

Ingresso prima del 15 del mese: 1° del mese / Ingresso dal 16 del mese: 1° del mese successivo

Salario annuo AVS Numero di identificazione personale
 (salario mensile x 12 o x 13)

La persona da assicurare:

viene ammessa in una previdenza supplementare o per quadri? sì no
 ➔ Se sì, in quale?

in un altro istituto di previdenza professionale? sì no
 ➔ Se sì, in quale?

All'inizio dell'assicurazione, la persona da assicurare è completamente abile al lavoro? sì no

Non è considerato completamente abile al lavoro chi, all'inizio dell'assicurazione,

- deve astenersi dal lavoro completamente o parzialmente per motivi di salute,
- percepisce indennità giornaliera in seguito a malattia o infortunio o ha già notificato il diritto all'assicurazione,
- percepisce già una rendita di invalidità,
- non può più essere impiegato a tempo pieno in conformità alla propria formazione per motivi di salute.

Luogo e data

Timbro e firma del datore di lavoro

Notifica di entrata del/la dipendente

1. Persona assicurata

Azienda

Cognome

Nome

Via/N.

NPA/Luogo/Paese

Data di nascita

Numero AVS

Nazionalità

N. telefono

E-mail

Corrispondenza

tedesco

francese

italiano

inglese

Stato civile

celibe/nubile

coniugato/a

divorziato/a

unione domestica registrata

unione domestica sciolta

vedovo/a

Data del matrimonio/dell'unione domestica registrata

Cognome, nome, data di nascita del coniuge/partner

Ingresso in azienda

Grado di occupazione (%)

Eventuali prestazioni di libero passaggio relative a rapporti previdenziali precedenti devono essere trasferite a noi (art. 60a OPP2).

➔ **I dati per il versamento le verranno inviati insieme alla conferma di ammissione e al certificato di previdenza.**

2. Informazioni necessarie

Ha già effettuato un prelievo anticipato per la proprietà d'abitazione (PPA)?

sì

no

La sua prestazione di libero passaggio è costituita in pegno?

sì

no

Al momento dell'inizio dell'assicurazione era interamente abile al lavoro?

sì

no

➔ **Se no: compili tassativamente l'allegato questionario sullo stato di salute.**

Cognome	Nome
Numero AVS	

Riceve prestazioni dalle assicurazioni invalidità, militare, infortuni o da un altro istituto di previdenza?	sì	no
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----	----

➔ Se sì, quale?	Grado AI	%
-----------------	----------	---

Riceve prestazioni da un'assicurazione estera di rendita di invalidità o di inabilità al lavoro?	sì	no
--------------------------------------------------------------------------------------------------	----	----

➔ Se sì, quale?	Grado AI	%
Si prega di indicare l'indirizzo o gli indirizzi completi, con numero di telefono		

➔ Si prega di inviare la presente notifica di entrata compilata in ogni sua parte entro 14 giorni direttamente al nostro indirizzo riportato nell'intestazione.

Luogo e data	Firma del/la dipendente
--------------	-------------------------

Questionario sullo stato di salute

Cognome / Nome	Numero AVS
----------------	------------

Da quando la sua abilità al lavoro è limitata?

All'inizio dell'assicurazione si trovava sotto controllo o trattamento medico? sì no

➔ Se sì, per quale ragione?

➔ Da quando?

➔ Medico curante*?

Assume o le sono stati prescritti farmaci negli ultimi 5 anni? sì no

➔ Se sì, quali? Da quando a quando?

➔ Per quale ragione?

➔ Medico curante*?

Negli ultimi 5 anni è stato/a completamente o parzialmente inabile al lavoro per più di 2 settimane a causa di malattia, infortunio o intervento? sì no

➔ Se sì, di quale malattia, lesione o operazione si è trattato? guarito/a non guarito/a

➔ Da quando a quando ha ricevuto il trattamento?

➔ È prevista/raccomandata un'operazione (in ambulatorio o con ricovero)? sì no

➔ Medico curante*?

Presso l'istituto di previdenza del suo precedente datore di lavoro era assicurato/a con riserva o pagava una maggiorazione sul premio per motivi di salute? sì no

➔ Se sì, per quale ragione?

➔ Da quando?

➔ Istituto di previdenza:

*indicare nome e indirizzo per esteso

La violazione dell'obbligo di notifica autorizza alla rescissione del contratto conformemente all'art. 6 della Legge federale sul contratto d'assicurazione del 2 aprile 1908. Viene fatto salvo il diritto di verificare l'ammissione alle prestazioni assicurative contrattuali in base a un rapporto medico.

Con la presente dichiaro di aver risposto in modo completo e veritiero a tutte le domande e autorizzo le persone, gli istituti e le compagnie di assicurazione a fornire al suddetto istituto di previdenza tutte le informazioni necessarie a valutare il rischio e il diritto alle prestazioni. Autorizzo altresì il suddetto istituto di previdenza a trasmettere ai coassicuratori e riassicuratori e agli istituti di previdenza ai quali sono stato/a o sono affiliato/a tutti i dati utili ai fini dell'assicurazione.

➔ **Si prega di allegare le decisioni / disposizioni presenti.**

Luogo e data

Firma del/la dipendente